



ឆន្ទៈដែលជួយអតិថិជនបំពេញពាក្យសុំ

អង្គការ: _____ ទូរស័ព្ទ: _____
()



ពាក្យសុំសំរាប់ជំនួយថ្លៃពេទ្យរបស់កុមារ

ពាក្យសុំនេះគឺសំរាប់ការរ៉ាប់រងថ្លៃពេទ្យសំរាប់កុមារនិងក្មេងដទៃដែលមានអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំតែប៉ុណ្ណោះ ។ មាតាបិតា, អ្នកអាណាព្យាបាល, អ្នកកាន់សំណុំរឿងដែលចេញទៅដល់កន្លែង, មិត្តភក្តិ, ឬក្មេងដទៃ ដែលដាក់ពាក្យសុំសំរាប់ខ្លួនគេផ្ទាល់ អាចបំពេញពាក្យសុំនេះបាន ។ យើងនឹងឆ្លើយទៅឆន្ទៈដែលមានចុះឈ្មោះនៅក្នុងប្រអប់ទី 1 នូវព័ត៌មានជាបន្តទៀតទាំងអស់ ។ បើអ្នកមានសំណួរ ឬចង់បានជំនួយដើម្បីបំពេញពាក្យនេះ ត្រូវតែទូរស័ព្ទលេខ 1-877-543-7669 ។ យើងនឹងរីករាយដើម្បីជួយអ្នក!

សូមសរសេរអក្សរធំ (ចុះឈ្មោះមាតាបិតា អ្នកអាណាព្យាបាល ឬឆន្ទៈដែលគេអាចទាក់ទងជាមួយដែលជាអ្នកទទួលបានព័ត៌មានជាបន្តទៀត ។)

1	ឈ្មោះខ្លួន	ឈ្មោះកណ្តាលជាអក្សរកាត់	ឈ្មោះត្រកូល	
2	អាសយដ្ឋានដែលអ្នករស់នៅ	វិថី	ទីក្រុង	រដ្ឋ លេខប្រឹក្សានៃរដ្ឋ
3	អាសយដ្ឋានសំរាប់ផ្ញើសំបុត្រ (បើខុសពីផ្ទះ)	វិថី	ទីក្រុង	រដ្ឋ លេខប្រឹក្សានៃរដ្ឋ
4	លេខទូរស័ព្ទ	5 តើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការនិយាយ អាន ឬសរសេរអង់គ្លេសឬ? តើអ្នកត្រូវការក្រដាសស្តារមើលគេឆ្លើយអ្នកជាភាសាមួយទៀតឬ? តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែឬទេ? (បើមែន យើងនឹងជួយអ្នកតាមរយៈអ្នកបកប្រែ) តើអ្នកនិយាយភាសាអ្វី? _____		
	ទូរស័ព្ទ ()			បាទ <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
	កន្លែងធ្វើការ ()	6 តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកមានគភ៌ឬទេ? បើ "មែន" តើឈ្មោះ: _____		
	លេខទុកបណ្តាំ ()			បាទ <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>

ព័ត៌មានទូទៅ

7 ចុះឈ្មោះសមាជិកគ្រួសារដែលរស់នៅជាមួយ ។
(បើចាំបាច់ ចុះក្តាប់ក្រដាសមួយសន្លឹកទៀតដើម្បីចុះឈ្មោះសមាជិកបន្ថែមទៀត ។)

(ព័ត៌មាននេះនឹងមិនត្រូវគេចែកចាយជាមួយក្រសួងអន្តោប្រវេសន៍ទេ)

ឈ្មោះ (ខ្លួន, ឈ្មោះកណ្តាល, ត្រកូល)	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នក	ថ្ងៃខែកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	សញ្ជាតិអាមេរិកាំង	បើមិនមែនជាសញ្ជាតិអាមេរិកាំងទេ តើកូនរបស់អ្នកត្រូវបានផ្តល់ឯកសារ ចម្លាញ់ព័ត៌មានរបស់វាឬទេ? សូមក្តាប់ឯកសារ	ចុះថ្ងៃដែលកុមារនេះបានមកដល់សហរដ្ឋអាមេរិក	លេខសន្តិសុខសង្គម * = ស្រេចនិងចិត្ត	ភេទ ប្រុស ឬ ស្រី
A. មាតា/បិតា អ្នកអាណាព្យាបាល ឬខ្លួនឯង						*	
B. ប្តី/ប្រពន្ធ ឬមាតា/បិតា (បើរស់នៅក្នុងផ្ទះ)						*	
C. កុមារ និងក្មេងដទៃដែលមានអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំ (ដែលចង់បានជំនួយថ្លៃពេទ្យ)			បាទ <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>	បាទ <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>			
D.			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
E.			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
F.			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
G. ចុះឈ្មោះមនុស្សធំប្តីកូនក្មេងទៀតនៅក្នុងផ្ទះ (ដែលមិនចង់បានជំនួយថ្លៃពេទ្យ)						*	
						*	

8 តើក្មេងនៅក្រោមអាយុ 19 ឆ្នាំនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកពិការឬ? បាទ ទេ
បើ "មែន" តើឈ្មោះ: _____

ការចំណាយ ព័ត៌មាននេះអាចជួយឱ្យកូនរបស់អ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានជំនួយ ។

9 តើអ្នកបង់ថ្លៃមើលកូននៅពេលអ្នកទៅធ្វើការឬទៅរៀនឬ? បាទ ទេ បើ "មែន" តើមានចំនួនប៉ុន្មានក្នុងមួយខែ? \$ _____
តើអ្នកបង់ប្រាក់ឱ្យនរណាមួយដើម្បីមើលថែក្រុមមនុស្សធំពិការនៅពេលអ្នកទៅធ្វើការឬទៅរៀនឬ? បាទ ទេ បើ "មែន" តើមានចំនួនប៉ុន្មានក្នុងមួយខែ? \$ _____

10 តើអ្នកបង់ថ្លៃឧបត្ថម្ភកូនតាមដីកាបញ្ជារបស់គុណាការសំរាប់កូនដែលមិនរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកឬ? បាទ ទេ បើ "មែន" តើមានចំនួនប៉ុន្មានក្នុងមួយខែ? \$ _____



ប្រាក់ចំណូល ចុះប្រាក់ខែទាំងមូល (មុនកាត់ពន្ធប្រាក់ចំណាយ) ។ ចុះចំនួនសូន្យ "0" បើប្រើប្រព័ន្ធអ្នកគ្មានការធ្វើ ឬមិនរស់នៅក្នុងផ្ទះជាមួយកូនទាំងនេះ ។

11 ឈ្មោះនិងលេខទូរស័ព្ទនិយោជករបស់អ្នក/អ្នកប្រើប្រាស់ _____ _____	15 ប្រាក់ចំណូលរបស់ជនរងគ្រោះ ប្រាក់ចំណូលរបស់នាគ្នាផ្ទះ _____	15 ចំនួនដែលបានទទួលក្នុងពេល 30 ថ្ងៃកន្លងទៅ \$ _____	តើសមាជិកគ្រួសារណា ដែលទទួលបានប្រាក់ចំណូលនេះ?
12 ចំនួនប្រាក់ដែលអ្នកបានទទួលក្នុងពេល 30 ថ្ងៃកន្លងទៅមុនពេលកាត់ពន្ធនិងការចំណាយ \$ _____ តើប្រាក់ចំណូលនេះប៉ុន្មានដែលបានមកពីការបើករកស៊ីផ្ទាល់ខ្លួន? * \$ _____	16 ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន _____	16 ប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រពន្ធ _____	
13 ឈ្មោះនិងលេខទូរស័ព្ទនិយោជករបស់ប្តី/ប្រពន្ធ (ឬឪពុក/ម្តាយដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះជាមួយ) _____ _____	17 កំរៃសន្តិសុខសង្គម _____	17 កំរៃសន្តិសុខសង្គម _____	
14 ចំនួនប្រាក់ដែលប្តី/ប្រពន្ធ (ឬឪពុក/ម្តាយដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះជាមួយ) បានទទួលក្នុងពេល 30 ថ្ងៃកន្លងទៅមុនពេលកាត់ពន្ធនិងការចំណាយ \$ _____ តើប្រាក់ចំណូលនេះប៉ុន្មានដែលបានមកពីការបើករកស៊ីផ្ទាល់ខ្លួន? * \$ _____	18 កំរៃពេលអស់ការធ្វើ _____	18 កំរៃពេលអស់ការធ្វើ _____	
*បើប្តី/ប្រពន្ធ (ឬឪពុក/ម្តាយដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះជាមួយ) បើករកស៊ីផ្ទាល់ខ្លួន អ្នកអាចមានការកាត់ចេញនៃពន្ធ ។ សូមទូរស័ព្ទ 1-877-KIDS-NOW ដើម្បីរកព័ត៌មានបន្ថែម ឬពាក្យសុំជំនួយ ។	19 ការប្រាក់ដែលបានមកពីគណនីធនាគារ _____	19 ការប្រាក់ដែលបានមកពីគណនីធនាគារ _____	
	20 កំរៃអតិថិជន _____	20 កំរៃអតិថិជន _____	
	21 កំរៃការងារនិងរោងចក្រ _____	21 កំរៃការងារនិងរោងចក្រ _____	
	22 កំរៃសំរាប់កងទ័ព _____	22 កំរៃសំរាប់កងទ័ព _____	
	23 ផ្សេងទៀត (សូមពន្យល់) _____	23 ផ្សេងទៀត (សូមពន្យល់) _____	
	24 ក្នុងពេល ៣ ខែកន្លងទៅ តើមានតួនាទីណាម្នាក់ក្នុងចំណោមកូនទាំងនេះដែលអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំជំនួយ មានជំពាក់ថ្ងៃពេទ្យ ឬទទួលបានការប្រាក់ដែលមិនមានការរ៉ាប់រងដោយក្រុមធានារ៉ាប់រងសុខភាពរោគសញ្ញាឬទេ? បាទ <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>		

ព័ត៌មានអំពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងខាងសុខភាព ចូរប្រាប់យើងអំពីការធានារ៉ាប់រងខាងសុខភាពដែលកូនរបស់អ្នកធ្លាប់មានរួចហើយ ។

25 A តើកូនណាមួយក្នុងចំណោមកូនទាំងនេះដែលអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំជំនួយ មានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរោគសញ្ញាហើយឬទេ? បាទ <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>	25 B បើ "ទេ" តើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនោះរ៉ាប់រងថ្ងៃប្រចាំថ្ងៃ ឬថ្ងៃចន្ទរៀងរាល់ (ការថតដោយស៊ុនស៊ុនស្រីឡូសកម្ម) ហើយនិងថ្ងៃចុងសប្តាហ៍សាធារណៈឬទេ? បាទ <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>	26 A តើកូនរបស់អ្នកធ្លាប់បានរ៉ាប់រងដោយការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលបានតាមរយៈការងារក្នុងពេល 4 ខែកន្លងទៅឬទេ? បាទ <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>	26 B បើ "ទេ" តើវាអស់ថ្ងៃតិចជាង 50 ម៉ោងក្នុងមួយខែសំរាប់អ្នកនៅក្នុងបច្ចុប្បន្ន? បាទ <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
27 បើអ្នកគ្មានឆ្លើយ "បាទ" នូវសំណួរណាមួយខាងលើ (25a ឬ b ឬ 26a ឬ b) សូមចុះឈ្មោះនៃក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬនិយោជកដែលផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងដល់កូនរបស់អ្នក ។			
ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬនិយោជក _____ _____	លេខប័ត្រធានារ៉ាប់រង _____ _____	ឈ្មោះរបស់អ្នកមានប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង _____ _____	លេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកមានប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង (ប្រាប់ប្រើប្រាស់ រៀន និងចង្អុល) _____ _____

ជាតិសាសន៍/សញ្ជាតិដើមរបស់ក្មេង (ព័ត៌មានដោយស្ម័គ្រចិត្ត)

យើងសុំអ្នកប្រាប់យើងដោយស្ម័គ្រចិត្តនូវជាតិសាសន៍/សញ្ជាតិដើមរបស់ក្មេង ។ ព័ត៌មាននេះនឹងមិនត្រូវគេប្រើក្នុងការចាត់ការណាមួយសម្រាប់កូនរបស់អ្នកទេ ។	យោគខេស្បេន <input type="checkbox"/> វៀតណាម/លាវ/ខ្មែរ <input type="checkbox"/>	ហ្វីលីពីន <input type="checkbox"/> ជាតិអាស៊ីនឡេតប្រកបដោយចីរភាព <input type="checkbox"/>	ស្បែកខ្មៅ <input type="checkbox"/> ជាតិអាស៊ីនឡេតប្រកបដោយចីរភាព <input type="checkbox"/>	អាមេរិកាំងសណ្ឋាន/ជាតិដើមអាស៊ី <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត <input type="checkbox"/>
--	--	--	--	---

ចូរអានដោយយកចិត្តទុកដាក់មុននឹងចុះហត្ថលេខា

ពាក្យសុំនេះគឺសំរាប់សុំជំនួយថ្ងៃពេទ្យឲ្យកុមារតែប៉ុណ្ណោះ ។ បើមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកបានទទួលជំនួយរួចហើយ ប្អូនដាក់ពាក្យសុំជំនួយប្រាក់ ជំនួយអាហារ ឬជំនួយទៀត សូមទាក់ទងទៅការិយាល័យបំរើសហគមន៍ (CSO) DSHS តាមតំបន់របស់អ្នក ។

- DSHS អាចសុំអ្នកបញ្ជាក់ព័ត៌មានដែលអ្នកនឹងផ្តល់ឲ្យគេដើម្បីប្រាប់ថា តើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិឬទេ ។ អ្នកអាចសុំឲ្យ DSHS ជួយក្នុងការរកស្នាក់នៅបាន ។
- ព័ត៌មានរបស់អ្នកអាចត្រូវបានទទួលដោយរដ្ឋឡើយក្នុងករណីសហព័ន្ធ ។ ព័ត៌មាននេះនឹងមិនចែកចាយជាមួយក្រុមស្នងអន្តោប្រវេសន៍ (INS) ទេ ។
- ដោយសុំនិងទទួលបានជំនួយថ្ងៃពេទ្យ អ្នកឲ្យរដ្ឋវិស្វកម្មសុខភាពសុខាភិបាលសុខភាពរបស់អ្នកឲ្យបានទាន់ពេលវេលានិងការបង់ប្រាក់សំរាប់ថ្ងៃពេទ្យរបស់ភាគីទីបីណាមួយ ។
- DSHS អាចចែកចាយប្រាក់ប្រើប្រាស់ចំពោះការបង់ប្រាក់របស់អ្នកជាមួយប្រព័ន្ធតាមដានការចាក់ថ្នាំការពាររោគរបស់កូនបាន ។

សេចក្តីប្រកាសនិងហត្ថលេខា ខ្ញុំបានអាននិងយល់នូវព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យសុំជំនួយនេះ ។ ខ្ញុំប្រកាសនេះត្រឹមត្រូវនិងយល់ចំពោះការិយាល័យកុមារ ។ ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ឲ្យនៅក្នុងពាក្យសុំនេះគឺពិត ត្រឹមត្រូវ និងសព្វគ្រប់តាមការចេះដឹងរបស់ខ្ញុំទាំងអស់ ។	ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ _____ X _____ ថ្ងៃខែ
---	--

ប្រើប្រាស់ពាក្យ

	Dept. of Social and Health Services P.O. Box 45531 Olympia, WA 98599-5531	ទូរស័ព្ទសារទៅ៖ (360) 664-0518	ដើម្បីរកជំនួយ៖ បើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទលេខ 1-877-KIDS-NOW. (1-877-543-7669)
--	--	--------------------------------------	---